

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N^o 343

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean **TESSIER**

Né à Paris (Seine), le 9 avril 1905

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES
SUR LA DÉLINQUENCE
DES
BRADYPHRÉNIQUES
POST-ENCÉPHALITIQUES

Président : Monsieur le Professeur CLAUDE

ERNEST FLAMMARION, ÉDITEUR

26, RUE RACINE, PARIS

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean **TESSIER**

Né à Paris (Seine), le 9 avril 1905

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

SUR LA DÉLINQUENCE

DES

BRADYPHRÉNIQUES

POST-ENCÉPHALITIQUES

Président : Monsieur le Professeur CLAUDE

ERNEST FLAMMARION, ÉDITEUR

26, RUE RACINE, PARIS

1930

DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . . .		CUNÉO.
Physiologie		ROGER.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		DESGREZ.
Bactériologie		LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.		BAUDOUIN.
Pathologie médicale.		CLERC.
Pathologie chirurgicale		LECÈNE.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale.		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée		RATHERY.
		CARNOT.
Clinique médicale.	{	BEZANÇON.
		ACHARD.
		M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.		LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.		Léon BERNARD.
		DEL BET.
Clinique chirurgicale	{	HARTMANN.
		LEJARS.
		GOSSET.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique.		LEGUEU.
		COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{	BRINDEAU.
		JEANNIN.
		J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique		OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale.		SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laringologique.		Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale		SERGENT.
Clinique propédeutique		BRANCA.
Professeurs sans chaire	{	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN. . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.). .	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULE.	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . .	Pathologie médicale.
CHABROL . . .	Pathologie médicale.
CHEVALLIER. .	Pathologie médicale.
De GAUDART d'	ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . .	Physique.
DONZELOT. . .	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
GASTINEL. . .	Bactériologie.
GATTELLIER. .	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HOVELACQUE. .	Anatomie.
HUTINEL . . .	Pathologie médicale.
JOANNON . . .	Hygiène.

MM.

OYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri) .	Chimie biologique.
LAROCHE (G.) .	Pathologie médicale.
LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (F.). .	Pharmacologie.
MONDOR. . . .	Pathologie chirurgicale.
MOREAU. . . .	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING. . . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIEVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur). . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM

BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médi- cale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
		SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA CHÈRE FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse, en témoignage de notre
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE GUILLANT

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a aidé dans son exécution, en témoignage de toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans le sujet de cette thèse, nous ne croyons pas inutile de nous livrer à un rapide résumé des troubles mentaux au cours de la phase chronique de l'encéphalite épidémique.

A cette époque de la maladie, les troubles mentaux se différencient nettement de ceux que l'on observe au cours de la phase aiguë de cette affection. Tout d'abord, alors que l'encéphalitique aigu a des réactions dont il n'a aucune conscience, l'encéphalitique chronique, lui, a conscience de ses actes. Il en a tellement conscience, que son intelligence étant conservée, il a le plus souvent le regret de ses mauvaises actions et le désir de s'en corriger.

D'autre part, l'on n'observe pas dans l'encéphalite chronique des troubles aussi intenses que dans l'encéphalite aiguë. Ce n'est pas la règle d'observer des délires aigus et des confusions mentales. Et ainsi les réactions antisociales ne présentent pas, à ce stade de la maladie, le caractère de gravité qu'elles revêtent à son début.

Les troubles mentaux observés chez l'encéphalitique chronique sont assez nombreux. Tout d'abord, il n'est pas

rare de noter des véritables crises d'agitation psychomotrice. A certains moments, le malade se présente comme un maniaque. Il va et vient, saute, danse, s'agite, brise des objets autour de lui, cependant qu'il cause sans arrêt, chante, crie. Il est dans un véritable état d'instabilité motrice et mentale.

L'encéphalitique chronique est souvent aussi sujet à des impulsions qui, elles, peuvent donner lieu à des réactions médico-légales dangereuses. Comme nous le verrons plus tard dans une observation, le malade ne peut résister à cette impulsion. Brusquement il doit lui obéir. Il la subit alors sans aucune réaction de sa volonté, elle est absolument maître de lui.

Cette non réaction de la volonté domine la plus grande partie des réactions antisociales des encéphalitiques chroniques. Nous étudierons ce trouble, si spécial à ce stade de la maladie, dans un chapitre suivant.

L'on remarque aussi dans les divers troubles mentaux, des troubles dans le domaine de l'affectivité. Le bradyphrénique post-encéphalitique est souvent un sensible, et un sensible douloureux. Après les fautes, les délits que son état ont pu lui faire commettre, il fait part de ses regrets, de ses désirs de se corriger. Cette notion nous permet déjà de le différencier du pervers instinctif qui, lui, est cynique et ne pense jamais à s'améliorer.

L'encéphalitique chronique est aussi un émotif. D'ailleurs, souvent, cette particularité de son état et aussi la conscience de sa maladie l'entraînent à des tentatives de suicide, après des périodes de dépression d'où il ne pourra s'évader par suite du manque de réaction de sa volonté déficiente.

A tous ces troubles on peut ajouter toute la gamme des perversions sexuelles, mais avec cette restriction que, le

plus souvent, il s'agit d'excitation générale. D'ailleurs, ces cas seront envisagés dans le chapitre des réactions médico-légales des encéphalitiques.

Enfin nous ne nous attacherons pas à développer le tableau si connu des troubles organiques dans l'encéphalite chronique. Le chapitre consacré à la bradyphrénie post-encéphalitique nous permettra d'envisager la plupart des symptômes observés au cours de cette maladie. D'ailleurs, comme l'indique le titre de cette thèse, c'est à ce stade seul de l'encéphalite que nous nous attacherons. Quand nous étudierons les réactions médico-légales, nous ne nous occuperons pas des délits en général au cours de l'encéphalite, délits qui, étant donnée la complexité des réactions au cours de cette maladie, présentent autant de cas particuliers, mais uniquement des réactions antisociales au cours de la bradyphrénie post-encéphalitique.

LA BRADYPHRENIE DE NAVILLE

Naville, dans son étude sur les complications et les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique (*Encéphale*, juin-juillet 1922), a défini cet état particulier de déchéance mentale.

En général, il s'agit d'un syndrome parkinsonien d'une intensité plus ou moins grande : le faciès peut revêtir le masque parkinsonien, il peut être simplement inexpressif par suite de la déficience psychique. Il peut enfin être en état de contracture cireuse. On remarque l'existence d'un tremblement, d'une hypertonie musculaire souvent prononcée. Parfois, réalisant le syndrome excito-moteur décrit par M^{lle} Lévy, on assiste à des mouvements choréiformes, des tics, des myoclonies.

Le malade est dans un état de fatigue tout particulier. Son attention volontaire est notablement diminuée. Il perd sa capacité d'effort et de travail. Et le jeune encéphalitique, d'excellent élève qu'il était avant sa maladie, devient impuissant à continuer ses études. Sa fatigabilité est accrue, sa mémoire légèrement diminuée. Son initiative et l'intérêt qu'il prenait au travail ont beaucoup diminué.

Naville a remarqué aussi que beaucoup de ces malades présentaient des particularités curieuses, aussi bien dans

leurs mouvements, dans leur mimique, que dans leur langage.

Ainsi, quelquefois, le malade s'arrête brusquement au cours d'un geste. D'autres fois, après une période d'inertie, le malade est en proie à une impulsion motrice qui lui fait accomplir des gestes à un rythme dont la rapidité est étonnante par rapport à l'état d'abattement antérieur de l'encéphalitique.

Chez le bradyphrénique post-encéphalitique les mouvements grossiers semblent plus aisés que les délicats. On a pensé que cette gêne dans les mouvements délicats était due à l'hypertonie des muscles antagonistes du mouvement.

La tachyphémie s'observe aussi chez l'encéphalitique chronique. Soudain il se met à répéter rapidement et sans arrêt un même mot ou un même fragment de phrase. Le rythme s'accélère et bientôt le malade bredouille de plus en plus sans qu'il puisse y remédier. R... Léon, dont on trouvera l'observation dans les pages d'un chapitre ultérieur, pendant son internement, présentait ce symptôme. Ses mots se précipitaient et se répétaient dans des phrases qui se terminaient en bredouillement : « Qu'on me laisse sortir, sortir, sortir sortir... Je ne suis pas fou..., pas fou, pas fou... Dites-moi, moi, moi, moi..., quelle est ma maladie, maladie, maladie?... Si je peux guérir, guérir, guérir... »

D'autres fois, le bradyphrénique post-encéphalitique rit et pleure spasmodiquement, malgré lui. Si l'on considère alors ces deux troubles : du langage d'une part, de la mimique d'autre part, l'on peut dire que, de la pensée à son expression, soit par la parole, soit par le visage, il y a une grosse perturbation.

Le professeur Claude a montré aussi qu'il existait des troubles de régulation des manifestations motrices de

l'émotion. En effet, certains de ces malades présentent à certains moments des troubles dans leur comportement émotif et affectif, troubles dont ils ont d'ailleurs une parfaite conscience. Ces crises sont courtes, elles consistent d'abord en un court état de manie euphorique durant quelques minutes, puis immédiatement après s'installe une crise de dépression mélancolique de durée également courte.

L'impulsivité que l'on retrouve si souvent chez de tels malades est probablement la cause de telles manifestations, comme elle est la cause des crises de tachyphémie.

Tous ces troubles passent rapidement des uns aux autres. Ils s'arrêtent comme ils commencent, c'est-à-dire brusquement.

Souvent l'encéphalite laisse des troubles excito-moteurs après elle : ce sont des spasmes de torsion, des parésies, des strictions diverses, des angoisses, des tics, des troubles respiratoires. Lap... Berthe, dont on trouvera plus loin l'observation, présente un toussotement spasmodique post-encéphalitique.

Les troubles du sommeil sont fréquents à ce stade de la maladie, surtout chez l'enfant. Il y a inversion du rythme du sommeil, qui est diurne et remplacé la nuit par une crise d'excitation où le malade s'irrite de ne pas dormir.

En somme, ce qui domine c'est le trouble du pouvoir exécutif psycho-moteur, alors que le pouvoir délibératif reste normal.

Il existe *un ralentissement fort net des opérations intellectuelles exigeant de la réflexion*. Le malade ne peut adapter son esprit à des difficultés nouvelles. Il lui est impossible de se concentrer. On peut penser aussi qu'il existe un ralentissement du pouvoir de transformation de ces opérations intellectuelles en ordres de mouvements réalisateurs.

Et Naville pense que ce n'est pas seulement l'exécution périphérique du mouvement qui est lente, mais que c'est surtout la distribution des ordres de mouvements qui est ralentie et parfois momentanément suspendue, sinon supprimée. Et ce qui confirme cette hypothèse, c'est le fait que *cette lenteur ou cet arrêt disparaissent en partie ou complètement si l'ordre du mouvement est donné par un stimulant extérieur ou un automatisme intérieur*. Ainsi l'altération de la qualité des ordres de mouvements, le ralentissement de la distribution des ordres psycho-moteurs sont la cause du ralentissement de l'exécution immédiate d'ordres de mouvements. Il n'existe donc pas d'obstacle organique à l'exécution de ces ordres. Ne voit-on pas en effet des encéphalitiques chroniques réaliser au cours d'une impulsion des gestes avec une rapidité dont on les eût cru primitivement incapables !

Le professeur Claparède a fait des épreuves portant sur l'exécution d'ordres psycho-moteurs simples, sur l'exécution d'opérations exclusivement mentales, sur la rapidité motrice, sur l'exécution motrice d'opérations intellectuelles automatiques, sur la conjugaison des réponses motrices aux opérations intellectuelles. Il est arrivé aux résultats suivants :

Intensité et régularité des réponses aux ordres psycho-moteurs simples isolés ou répétés lentement ;

Qualité et rapidité normales des opérations exclusivement mentales, simples et automatiques ;

Très mauvais résultat des épreuves de rapidité motrice ;

Diminution de la rapidité dans l'exécution motrice d'opérations intellectuelles automatiques simples, diminution due à la lenteur motrice ;

Diminution de la rapidité du résultat dès que le malade doit combiner les réponses motrices à des opérations intel-

lectuelles lui demandant un effort, soit de réflexion, de concentration ou de création.

Donc, en résumé, il y a une réelle incapacité de mouvements complexes rapides comme d'opérations intellectuelles complexes rapides.

On a même montré, et cela permet de faire une différenciation entre l'encéphalitique et le parkinsonien ou le débile, qu'il existe un rapport numérique constant entre le ralentissement moteur et le ralentissement des opérations intellectuelles.

L'état de bradyphrénie décrit par Naville se caractérise donc, en dehors de tous les signes accessoires que nous avons vus, par une *paralysie des automatismes psychomoteurs*. A cela s'ajoute une véritable « asthénie psychique » (Claude). Le contrôle supérieur de ces malades s'éteignant, le rôle freinateur de la volonté disparaissant, les mauvais instincts ne trouvent plus d'obstacle à leur éclosion. Si bien que *l'intelligence se trouvant à peu près conservée*, certains actes moteurs étant aussi à peu près normaux, l'on a pu se livrer à des appréciations différentes sur la responsabilité de ces malades.

LES RÉACTIONS MÉDICO-LÉGALES EN GÉNÉRAL CHEZ LES BRADYPHRÉNIQUES POST-ENCÉPHALITIQUES

Comme nous l'avons déjà vu dans le début de cet exposé, les troubles mentaux chez l'encéphalitique chronique donnent lieu à des réactions antisociales assez nombreuses. Le plus souvent, ces délits relèvent de l'état particulier du malade au point de vue mental, c'est-à-dire de sa tendance aux impulsions, de son état de dépression et du manque absolu d'action freinarice de sa volonté.

Nous envisagerons d'abord les vols qui sont, en somme, les délits les plus fréquents. A la phase chronique de la maladie, le vol accompli en pleine conscience et sans amnésie, se différencie bien du vol à la phase aiguë. L'observation suivante, due à MM. Heuyer et Le Guillant, nous permettra de montrer certains caractères de ce vol pathologique.

Observation. — Z... Albert, âgé de 25 ans. A été atteint d'une encéphalite en 1922. Il a été soigné à l'hôpital Beaujon, du 22 décembre 1922 au 17 mars 1923. A sa sortie de l'hôpital, il s'est reposé pendant deux ou trois mois chez ses parents, puis il a travaillé avec son père dans la fumisterie. Il est entré de nouveau à l'hôpital Beaujon en fé-

vrier 1924. Il est resté quelques semaines à l'hôpital. Peu de temps après, il a commencé ses vols.

Depuis 1924 jusqu'à novembre 1928, il a été huit fois arrêté pour vol. La première fois en juillet 1924 pour un vol de cache-col, il a été condamné par défaut à trois mois de prison et vingt-cinq francs d'amende. Deuxième vol, le 28 novembre 1924 : nouveau vol d'articles de bonneterie et foulards. Il a été, en outre, trouvé porteur de blaireaux, rasoirs, peignes, qu'il avait dérobés. Il était le complice d'un ami qui paraît avoir été l'instigateur d'un vol.

Il fut expertisé le 5 décembre 1926 par le docteur Truelle qui nota, dans ses conclusions, l'encéphalite épidémique et conclut à l'irresponsabilité et à la nécessité de l'internement.

Interné le 12 décembre 1924, il fut mis en liberté le 25 mai 1925, à la demande de son frère qui promettait de le surveiller.

Troisième vol : le 18 novembre 1925. Trois mois de prison.

Quatrième vol : le 25 novembre 1925. Quatre mois de prison.

Cinquième vol : le 5 juin 1927. Trois mois de prison.

Tous ces vols entraînèrent une condamnation parce que Z..., pris en flagrant délit, était l'objet d'un jugement immédiat, sans enquête.

Sixième vol : le 4 octobre 1927. Il fut condamné le 9 novembre 1927 à six mois de prison et cinq ans d'interdiction de séjour.

Septième vol : le 15 avril 1928. Vol d'un veston de cuir à un étalage. Il fut, cette fois, expertisé par le docteur Rogues de Fursac qui conclut à l'existence d'une encéphalite, à la nature pathologique des vols et à la nécessité de l'internement.

Z... fut interné le 25 mai 1928. Il s'évada le 6 septembre 1928.

Huitième vol : le 10 septembre 1928. Vol à l'étalage d'un magasin de bonneterie. Condamné à huit mois de prison au Tribunal des flagrants délits, le 14 septembre 1928, il fit appel et fut envoyé à l'Infirmierie spéciale le 15 novembre 1928.

Examiné par nous à l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de police, il présente d'une façon évidente un début de syndrome parkinsonien. Son facies est figé, inexpressif. Sa tête est immobile. Ses mouvements sont roides. Il présente à la marche une disparition des mouvements automatiques à droite. Mais il existe peu d'hypertonie et, notamment pas de roue dentée. Il y a un tremblement généralisé, des crises de grand tremblement au cours desquelles il ne peut pas tenir un verre ; un tremblement palpébral et lingual. Hémiparésie faciale droite avec fibrillation des muscles de la joue droite. Secousses myocloniques des membres inférieurs. Vivacité des réflexes tendineux. Main froide et cyanosée. Le regard est fixe. Il y a une légère exophtalmie. Les pupilles réagissent lentement et incomplètement avec une diminution de la convergence, surtout de l'œil droit. Diplopie dans la vision rapprochée. Bradyphasie. Cicatrice d'abcès froid du cou et d'un abcès de fixation de la cuisse droite.

En résumé, syndrome parkinsonien d'origine encéphalitique.

Quand on interroge Z... sur ses vols, il répond volontiers, sans réticences, d'un ton indifférent. Il a volé des objets exposés à l'étalage, presque toujours les mêmes : cache-nez, foulard, chaussettes, c'est-à-dire des objets de bonneterie qui le tentaient, nous dit-il, au début, et qu'il choisit ensuite à cause de leur revente facile. Il volait éga-

lement des rasoirs, des peignes, des portefeuilles, jamais d'objets de grande valeur.

Il ne combinait pas ses coups. Le maximum d'habileté qu'il ait déployée était d'attendre que la boutiquière fût retirée dans son arrière-boutique. Se trouvant sans argent, passant devant un étalage, il s'emparait brusquement et maladroitement des objets exposés. Aussi, nous dit-il, n'a-t-il « jamais eu de veine ». Il a été presque toujours pris sur le fait. « Je n'étais pas assez vif. »

Au moins, au début, il regrettait ses actes. Il promettait sincèrement de ne pas recommencer. Une fois même, il est allé rendre l'objet volé. A présent, il est arrivé à une indifférence complète, faite de paresse du jugement, de la notion aussi de son irresponsabilité.

Cette observation nous montre les caractères de ce vol pathologique. D'abord la répétition du vol. Malgré les condamnations, malgré l'internement, on note huit tentatives.

Ces vols sont stéréotypés. Il s'agit presque toujours d'articles de bonneterie, objets de peu de valeur. Et le plus souvent le malade vole sans précaution. Il se détermine brusquement. Et au début il manifestait un net regret de ses actes. Une fois même il restitue l'objet volé.

L'observation suivante, due aussi à MM. Heuyer et Le Guillant, montre chez une femme une série de vols associés à des troubles de la conduite et à des perversions.

Observation. — M^{lle} Lap... Berthe, 27 ans, a été internée à l'asile Sainte-Anne dans le service du professeur Claude après un passage à l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de police, et le certificat suivant, rédigé par l'un de nous :

Certificat : Lap... Berthe, 27 ans.

Troubles psychiques et neurologiques post-encéphaliques. Encéphalite il y a sept ans. Troubles du caractère consécutifs. Irritabilité et discussions avec sa mère. Troubles de la conduite et perversions. Prostitution. Vols à répétition, sept condamnations légères, circonstances atténuantes à cause de la notion d'encéphalite. Conditions nettement pathologiques des vols, malgré les causes apparemment légitimes (misère) et l'exécution quelquefois adroitement combinée. Vagues idées de persécution d'origine interprétative ou onirique. A l'hôpital on empoisonne les malades qui toussent comme elle. Fausses reconnaissances. Pas de confusion, lenteur de l'idéation. Troubles de la mémoire. Possibilité d'un léger affaiblissement intellectuel. Syndrome parkinsonien. Hypertonie (roue dentée tardive qui apparaît une à deux minutes après la mobilisation du bras). Facies figé. Séquelles de paralysie faciale gauche avec instabilité. Tremblements et secousses musculaires des lèvres et de la joue gauche. Mouvements spasmodiques des globes oculaires. Tremblement lingual et digital. Faiblesse des réflexes rotuliens et achilléens. Asymétrie des réflexes cutanés abdominaux. Toussotement spasmodique depuis trois ans. Bâillement. Condamnée le 29 mars à six mois de prison pour vol. Appel en cours. A la prison, idées de persécution. Turbulence. Désordre. Idées de suicide. Plusieurs tentatives depuis le début de son encéphalite, avec un caractère de niaiserie pathologique. A la prison a tenté de se jeter dans un bassin sans profondeur. A l'Infirmérie a voulu s'étouffer en s'enroulant dans ses couvertures.

Cette malade avait été adressée à l'Infirmérie spéciale par la prison Saint-Lazare où elle purgeait une peine de six mois de prison pour vol. D'emblée, la malade nous dit que c'est la sixième fois qu'elle est condamnée, d'ailleurs toujours à une peine légère, car on lui avait dit déjà qu'elle

était atteinte de maladie du sommeil. En effet, cette femme âgée de 27 ans, cuisinière et femme de chambre, qui avait été jusqu'alors normale et stable, puisqu'elle était restée trois ans et demi dans la place et qui n'avait jamais été condamnée, vint à Paris en novembre 1924. Elle quittait alors un patron dont elle était la maîtresse et elle était venue à Paris, entraînée par une amie qui avait voulu la faire entrer dans une maison publique. Au bout de sept mois, un jour où elle avait absorbé trois petits flacons d'éther, elle dormit pendant trois semaines. Elle sortit de cet état et fut transportée à l'hôpital Bichat où elle resta hospitalisée pendant un mois et demi. Pendant son séjour à l'hôpital, elle présenta des troubles oculaires, de la diplopie, une paralysie faciale gauche, des secousses myocloniques des muscles de la cuisse.

A sa sortie de l'hôpital Bichat, elle alla chez ses parents en Dordogne et y resta quatre ans. Dès son arrivée dans son pays, elle ne put s'entendre avec sa mère, elle devint instable, quittant son travail, allant et venant pour ne pas rester assise, fréquentant les bals et ayant une telle conduite que ses parents se séparèrent d'elle, après l'avoir fait soigner par le docteur Cassard, de Périgueux. Elle vécut seule dans une maison appartenant à ses parents et sa mère lui envoyait régulièrement de quoi vivre. Elle aidait en outre de temps en temps au travail des champs ; mais elle trouvait ses ressources les plus certaines dans la prostitution.

Elle vivait dans une presque complète misère et nous déclare que ce fut cette situation matérielle qui lui fit commettre des vols.

En février 1924, elle prit du chocolat dans une épicerie parce que, dit-elle, « j'aimais le chocolat ». Le patron la surprit au moment où elle mettait une tablette de chocolat

dans son corsage. Elle fut condamnée à 20 jours de prison après une expertise médico-légale qui reconnut l'existence de l'encéphalite et conclut à une responsabilité atténuée.

En juin 1924, elle vola 300 francs dans les conditions suivantes : elle savait où un propriétaire voisin mettait la clef de son armoire pendant la messe du dimanche. Berthe prit 300 francs dans un buffet, dont la clef était sur la porte. Dans une boîte elle vola une jolie gravure qu'elle plaça chez elle. Elle nous dit que ses amants de passage lui demandèrent l'argent, qu'elle leur donna. Une voisine trouva chez elle la gravure et la dénonça. Elle fut condamnée à deux mois de prison par défaut.

En juillet 1924, elle alla chez un voisin emprunter de l'argent pour aller à Paris ; elle voulait se sauver de la police ; elle trouva un portefeuille dans un tiroir ouvert et ne prit que 100 francs. Elle alla immédiatement à la gare changer son billet. L'employé fut étonné de lui voir de l'argent. Le propriétaire qui habitait à deux cents mètres de la gare vint la chercher et elle avoua de suite. Elle fut condamnée à deux mois de prison.

En octobre 1926, elle vola des fagots et 17 francs chez des voisins. Ceux-ci étaient absents, mais d'autres la virent commettre son vol. Elle fut condamnée par défaut à trois mois de prison.

En mai 1927, elle alla chez des voisins qu'elle savait absents, elle ouvrit la porte du jardin avec un fil de fer, trouva la clé dans le tiroir de la table de nuit, alla ouvrir le buffet, trouva 2.100 francs, elle les prit ; elle alla immédiatement à la gare changer un billet de 1.000 francs. L'employé qui la savait misérable, lui demanda où elle avait pris cet argent, et elle avoua de suite, parce que, disait-elle, elle avait des remords. Mais elle cacha l'autre billet dans la manche de son manteau.

Elle fut condamnée à un mois de prison après une expertise médico-légale qui la déclara, dit-elle, irresponsable. Le 30 juin 1927, elle commit encore un autre vol de peu d'importance et fut condamnée à trois mois de prison.

En mars 1928, elle vint à Paris et, rue Saint-Jacques, entra dans une boutique vide après avoir vérifié l'absence du commerçant. Elle ouvrit un tiroir mais cette ouverture déclanchait une sonnerie et elle fut trouvée devant le tiroir ouvert.

Elle fut condamnée à six mois de prison, sans avoir été expertisée.

Elle commença sa peine à Saint-Lazare et fit appel, mais pendant son séjour à la prison elle se montra agitée et turbulente par intervalles et fit une tentative de suicide. Elle essaya de se jeter dans un bassin sans profondeur. Déjà depuis le début de son encéphalite elle avait fait de semblables tentatives de suicide. C'est dans ces conditions qu'elle fut envoyée à l'Infirmierie Spéciale.

A l'examen, elle ne montrait aucune confusion, racontait avec précision l'histoire de chacun de ses vols, manifestant peut-être de temps en temps quelques imprécisions et quelques troubles de la mémoire. Ce qui domine chez elle, c'est la lenteur de l'idéation, une répétition continuelle de certaines phrases, une véritable viscosité mentale. Elle est un peu déprimée, pleure à chaque instant, demandant à ne pas être envoyée, puis à ne pas rester à Sainte-Anne.

Elle présente en outre de vagues idées de persécution d'origine interprétative ou onirique. Elle affirme qu'à l'hôpital on empoisonne les malades, du moins celles qui toussent comme elle-même. Elle a de fausses reconnaissances. Il existe aussi un petit élément érotomaniac. Elle est toujours amoureuse de l'ancien patron dont elle fut

la maîtresse. Elle dit qu'elle pense toujours à lui et qu'elle le regrette sans cesse : c'est son souvenir qui lui a donné l'idée de se tuer.

Enfin, au point de vue neurologique existe un syndrome de Parkinson. L'hypertonie est nette : nous signalerons, à ce propos, un symptôme qui nous paraît avoir quelque intérêt et dont nous n'avons pas vu la description jusqu'à présent : à la recherche de la roue dentée, à l'avant-bras, on n'obtient ce phénomène que tardivement après avoir mobilisé l'avant-bras sur le bras pendant une ou quelquefois deux minutes. Il y a une perte de l'automatisme de la marche. Le facies est figé, pâle, un peu bouffi. Il y a des séquelles de paralysie faciale gauche avec instabilité, tremblement et secousses musculaires des lèvres et de la joue gauche.

Les globes oculaires se déplacent d'un mouvement saccadé. Il y a un tremblement digital et lingual. Les réflexes achilléens et rotuléens sont faibles, les réflexes cutanés abdominaux sont asymétriques ; le droit est plus faible que le gauche. Il existe un petit syndrome respiratoire : bâillements fréquents et toussotements spasmodiques que la malade nous dit avoir depuis trois ans. Enfin elle aurait, depuis la même époque, engraisé beaucoup en même temps que se serait installée une aménorrhée.

Actuellement encore, elle aurait des crises de sommeil invincibles dans la journée, s'endormant n'importe où, et dans la nuit serait insomnique. Enfin elle aurait encore, de temps en temps, de la diplopie due à une parésie du droit externe droit.

Dans cette observation, si laissant de côté les troubles du caractère et les perversions sexuelles, on n'envisage que le délit vol, on est frappé, comme dans le cas de Z... de leur répétition malgré les condamnations successives. Ce-

pendant on remarque qu'il existait une nette préméditation alors que Z... agissait brusquement, sans précaution, publiquement. Mais on retrouve des caractères très nets indiquant le vol pathologique. D'abord la malade déclare qu'elle était toujours hantée par l'idée de voler. Après son vol elle allait changer ses billets de banque à la gare où elle était connue comme misérable. Ce manque de dissimulation provoquant des questions de la part de l'employé, elle avouait tout de suite, manifestant même une fois du remords de son acte.

Les observations qui suivent montrent à nouveau les caractères du vol chez les bradyphréniques post-encéphaliques. Dans celle-ci, recueillie dans le service du docteur Genil-Perrin, on remarquera la bizarrerie des larcins, et l'imprudence du voleur.

Observation. — R... Léon, 29 ans. — Arrêté par la police le 24 juillet 1926, pour *vol* d'un tiroir-caisse dans un restaurant, rue Saint-Blaise.

Pas d'antécédents nevro-psychopathiques familiaux, ni personnels.

Paludisme au cours de son service militaire, Pas d'autre maladie notable. Au début de 1924, à l'âge de 26 ans, étant ouvrier agricole, il est atteint d'encéphalite épidémique : fièvre, somnolence invincible. Il s'endormait partout ; il lui est arrivé à plusieurs reprises de tomber comme évanoui dans un champ, sur le bord d'un fossé. Peu à peu, s'installe un syndrome parkinsonien aujourd'hui très accentué. Obligé de quitter son métier en 1925, il vient à Paris, quitte sans motif les emplois qu'il a pu y trouver et ne peut s'adapter.

Depuis mai 1926, il se livre à toute une série de larcins bizarres, le plus souvent sans utilité. C'est un bocal de

bonbons pris à la devanture d'un épicier dont il distribue aussitôt le contenu à des passants ; un sac de pommes de terre dont ensuite il ne sait que faire ; enfin, le 24 juillet 1926, il entre dans un restaurant, s'empare au comptoir d'un tiroir-caisse et l'emporte dans la rue. Il n'avait pas, dit-il, l'intention de voler et ne sait pas trop pourquoi il a pris ce tiroir-caisse. Il l'a d'ailleurs déposé dans la rue sans y prendre d'argent. Arrêté aussitôt par les agents et conduit au commissariat, la bizarrerie de son larcin le fait envoyer à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt où M. de Clérambault rédige le certificat suivant : « Psychose atypique. Ralentissement de l'idéation. Instabilité. Impulsivité. Diminution de l'attention. Décisions immotivées, voire absurdes (démission). Modification profonde du caractère et de la nutrition générale. Série de larcins depuis deux mois, courte préméditation, mais imprudence et inutilité.

Il n'y eut pas de poursuite et R... fut dirigé le 26 juillet sur l'Asile Sainte-Anne. Transporté à l'Asile de Perray-Vaucluse (service du docteur Genil-Perrin), le 2 octobre 1926, R... s'y montre inquiet, toujours préoccupé de son état. Par trois fois il a tenté de s'évader.

Observation. — F... Georgette, 21 ans. — A a été arrêtée le 29 mars 1924 aux Galeries Lafayette alors qu'elle venait de s'emparer d'un coupon à l'étalage extérieur et s'en allait sans payer.

A l'interrogatoire du commissaire de police, elle a reconnu le fait, mais a déclaré qu'elle avait agi contre sa volonté, qu'elle était malade et avait été soignée à Sainte-Anne.

Elle a, en effet, été atteinte d'encéphalite épidémique en 1917, à l'âge de 13 ans. Depuis lors elle a présenté des troubles du caractère : instabilité, incapacité de se livrer

à un travail suivi et altération de la moralité : masturbation, tendances au vol. Ces faits sont établis par les déclarations de la mère et par des certificats médicaux : certificat du docteur Tinel (la malade ayant été soignée deux ans au Dispensaire de prophylaxie mentale) et du professeur Claude (F... Georgette ayant été internée au Service clinique du 5 avril au 3 juillet 1924).

L'examen révèle : attitude figée, crises de pleurs spasmodiques, tremblement des mains et hyperémotivité.

Conclusion. — 1° F... Georgette présente un syndrome post-encéphalitique ;

2° C'est sous l'influence des tendances pathologiques au vol qui font partie de ce syndrome qu'elle a commis le délit qui lui est reproché. Elle doit, par conséquent, être considérée comme *irresponsable*.

3° Sa mère s'engage à la surveiller et à lui faire donner les soins que nécessite son état. Dans ces conditions, *il n'est pas nécessaire de l'interner*. En cas de récurrence, cette mesure pourrait s'imposer.

Observation due à M. Truelle ; résumé du rapport d'expertise). — M... Roger, 17 ans. — Arrêté le 7 mai 1926 pour s'être emparé d'une bicyclette déposée à la porte d'une banque et s'être enfui avec, en laissant à la place une autre bicyclette qu'il avait louée. Au commissariat, il avoue les faits. Il se trouvait, dit-il, sans travail depuis quatre jours ; ne voulant pas en informer sa mère et, désireux de se procurer de l'argent pour remplacer son salaire, l'idée lui était venue de louer une bicyclette, ce qu'il fit effectivement, puis d'en voler une plus neuve et de la rapporter au loueur qui, moyennant cet échange avantageux, lui aurait, pensait-il, donné une récompense. Ces explications peu logiques firent estimer une expertise médicale nécessaire,

d'autant plus que le beau-père de l'inculpé fit connaître que celui-ci avait été atteint d'encéphalite épidémique quatre ans auparavant.

Pas d'hérédité vésanique ni névro-pathique. Mais, depuis l'enfance, instabilité mentale, travail inégal, intelligent, mais échec au C. E. P. Encéphalite épidémique grave à 13 ans (80 jours d'hôpital). Profonde modification depuis dans son caractère et son comportement. Devenu cachotier, menteur, coléreux, tendances à vagabonder, masturbation, petits larcins. Troubles survenant par « crises » intermittentes, suivies de calme et de repentir.

A l'examen : strabisme, myoclonies, léger tremblement. Petits stigmates de dégénérescence. Esprit éveillé, réponses pertinentes, mais il donne à l'expert les mêmes explications de son acte, explications illogiques qui sont en discordance avec ses facultés habituelles de jugement. Regrets et promesses.

Conclusions. — 1° M. Roger, atteint d'encéphalite épidémique il y a quatre ans, est encore porteur de séquelles nerveuses symptomatiques de cette affection. Il souffre en outre de séquelles psychiques habituelles à cet âge, sous forme de pseudo-perversions instinctives avec excitation et instabilité périodiques.

2° C'est sous l'influence de cet état psychopathique qu'il a commis les faits qui lui sont reprochés. *Il ne saurait, par suite, être tenu pour responsable.*

3° Non véritablement aliéné, non foncièrement vicieux et pervers, l'inculpé n'est pas en situation d'être interné. Il peut recevoir à domicile les soins pour lui nécessaires *et sa famille paraît pouvoir exercer sur lui la surveillance indispensable.*

Observation (due à M. Truelle ; résumé du rapport d'ex-

pertise). — T... François, 20 ans. — Arrêté le 4 juin 1924, alors que, monté sur une automobile en stationnement, il tentait de la mettre en marche. Il allègue pour son excuse d'abord qu'il voulait passer un examen pour obtenir un permis de conduire, puis, qu'il voulait seulement s'amuser et qu'il n'avait pas essayé de mettre en marche la voiture.

L'inculpé avait déjà été arrêté deux fois pour le même délit et avait fait l'objet en novembre 1923 d'une première expertise médico-légale par laquelle M. Truelle avait établi que les troubles du discernement de T... étaient tels que sa *responsabilité pénale ne pouvait être mise en cause*, mais, tenant compte du fait que sa famille paraissait pouvoir exercer sur lui une surveillance suffisante, *qu'il n'était pas nécessaire de l'interner*, cette mesure pouvant toutefois devenir ultérieurement nécessaire. Cette dernière prévision s'est réalisée.

L'inculpé est un débile mental aux notions scolaires et autres très restreintes, au jugement et au discernement insuffisants, qui, de plus, a été atteint il y a quatre ans d'encéphalite épidémique, soignée par M. Netter. Cette encéphalite est venue surajouter à la débilité mentale du sujet des troubles importants de l'humeur, du comportement et du sens moral (fugues, indiscipline, colères). L'authenticité de l'encéphalite est signée par un syndrome parkinsonien fruste. De plus, la maladie a subi une poussée aiguë récente qui a renforcé les dispositions aux actes répréhensibles, d'où nécessité actuelle de soins méthodiques et suivis et de surveillance étroite.

Conclusions. — « T... François est un débile mental constitutionnel atteint, par surcroît, d'encéphalite épidémique.

« A l'insuffisance de son discernement se surajoutent des

troubles de l'humeur et de la conduite qui le rendent dangereux.

« L'inculpé doit être considéré comme *irresponsable et interné* dans un asile d'aliénés pour y être soigné et surveillé. »

Observation (due au docteur Rogues de Fursac, résumé du rapport d'expertise). — R... 18 ans. — Est poursuivi pour vol. Le 13 juin 1926 il s'est emparé d'un manteau placé dans une automobile, après avoir brisé la glace de la voiture pour le prendre. Arrêté le lendemain, il a avoué son vol et ajouté qu'il voulait voir s'il y avait quelque chose dans les poches du manteau pour le dérober.

Il avait déjà été poursuivi en 1923 pour outrages publics à la pudeur et avait fait l'objet d'une expertise médico-légale concluant à une *responsabilité atténuée* en raison de l'intervention dans les actes du sujet d'un facteur pathologique, l'érotisme précoce, résultat d'une encéphalite épidémique dont il avait été atteint.

R..., a en effet été atteint d'encéphalite à l'âge de 9 ans dont il présente comme reliquat un léger nystagmus et un tremblement discret du bras droit. Avant la maladie, il présentait déjà quelques troubles du caractère, indiscipliné, renvoyé de l'école pour sa turbulence et ses excentricités. Par contre, il n'existe pas dans sa famille d'antécédents névropathiques. Depuis l'encéphalite, ses troubles de caractère se sont beaucoup exagérés : instabilité, irritabilité. Onanisme. Ses facultés intellectuelles sont parfaitement conservées. Il se rend compte de la gravité de son acte, s'en repent, jure qu'il ne recommencera plus et exprime des regrets adéquats aux conséquences de son acte.

Le vol qui lui est reproché ayant été commis dans des conditions qui impliquent lucidité et connaissance de

cause, M. Rogues de Fursac conclut que *l'inculpé doit répondre devant la justice du délit dont il s'est rendu coupable*. Il ajoute toutefois, qu'étant données les anomalies très accentuées de son caractère, l'encéphalite ayant certainement joué un rôle dans la genèse des tendances délictueuses qui l'ont conduit au vol et considérant que rien ne démontre que l'inculpé soit inamendable, « *il y a lieu de lui en tenir compte dans une large mesure pour l'appréciation de sa culpabilité relativement au délit dont il est inculpé et pour la détermination des mesures à prendre à son égard.* »

Observation (due à M. Truelle, résumé du rapport d'expertise). — N... Charles, 17 ans. — Arrêté le 22 septembre 1923 pour avoir, dans un café-bar, où il se trouvait, saisi la monnaie qu'allait rendre sur 50 francs à un client la bonne de l'établissement et s'être enfui. Il fut appréhendé une centaine de mètres plus loin. Il prétendit, contrairement aux affirmations de la bonne, qu'il ne lui avait pas pris l'argent des mains, mais que celle-ci le lui avait remis spontanément. Voyant qu'elle se méprenait, dit-il, il avait profité de son erreur et s'était enfui avec la monnaie. Il déclare au médecin expert qu'il savait qu'il accomplissait un acte répréhensible mais que « *c'était un vol forcé* ».

Il a été atteint, à 14 ans, d'encéphalite épidémique, traitée à l'hôpital Necker. Auparavant, il était normal à tous égards. Depuis, il est devenu nerveux, autoritaire, versatile, sujet à des déterminations irrégulières et d'allure impulsive. Ces troubles se sont accentués l'an dernier à la suite d'une rechute de la maladie. Son attitude frappe par une instabilité motrice constante, il ne peut tenir en place. Mais il est lucide, conscient de sa situation. Son esprit est éveillé, intelligent.

Conclusions. — 1° N... Charles a été atteint, il y a trois ans, d'encéphalite léthargique. Cette maladie, dont il a subi une rechute l'été dernier, a laissé chez lui des séquelles psychiques permanentes, sous forme de déséquilibre mental avec instabilité et impulsivité.

2° Il en est résulté un amoindrissement de sa capacité de direction et de contrôle personnel.

3° En conséquence, *sa responsabilité pénale doit être considérée comme atténuée dans les faits en cause.*

Observation (due au docteur Ceillier, que nous remercions très vivement). — L'inculpé a été arrêté le 20 novembre 1929 sur réquisition d'un livreur de la *Samari-taine* qui déclare : « J'avais arrêté ma voiture rue Emile-Deutsch-de-la-Meurthe pour effectuer une livraison. Pendant mon absence, cet individu a volé dans ma voiture un colis valant 180 fr. 65. »

Le voleur a été aperçu par un autre livreur de la *Samari-taine* qui passait justement par là, qui l'a poursuivi et arrêté. Interrogé, l'inculpé, non seulement reconnaît le vol dont il est inculpé, mais déclare que quatre ou cinq mois auparavant il a déjà volé, sur une voiture de la *Samari-taine*, un colis contenant une robe qu'il a vendue 20 francs à un passant.

Une lettre de la mère, jointe au dossier, sollicite l'indulgence pour son malheureux fils « qui n'a plus la tête à lui, depuis qu'il a pris un coup dans la tempe, qui le met dans l'impossibilité de travailler... » Il était en traitement à l'hôpital Sainte-Anne. Les renseignements généraux signalent que F... aurait été victime à l'âge de 18 ans d'un accident du travail et serait atteint d'encéphalite.

Il a eu neuf condamnations et serait passible de la relégation.

Il est à noter que toutes ces condamnations sont postérieures à 1925, c'est-à-dire consécutives à l'effroyable infirmité nerveuse dont il est atteint.

Examen de l'inculpé. — F..., que j'ai examiné à la Santé, est atteint d'une terrible maladie du système nerveux : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

Son aspect est absolument caractéristique et ne peut en aucune façon être simulé.

Il se présente avec un état de rigidité musculaire prononcé et un tremblement très intense.

Il se tient soudé. Le visage est figé, il y a une extrême rareté du clignement normal des paupières. La physionomie reste inexpressive. Les membres supérieurs sont en flexion, les avant-bras pliés sur les bras. Les doigts sont en demi-flexion, suivant l'attitude caractéristique de l'émiettement du pain.

Les membres inférieurs sont en extension.

La rigidité musculaire est très marquée et l'on note le phénomène dit de la roue dentée. La rigidité s'atténue et cesse après plusieurs mouvements passifs imprimés aux membres.

La rigidité prédomine dans le côté droit du corps.

Il y a un tremblement rapide, brusque, d'assez grande amplitude de tout le corps, mais il prédomine aux membres supérieurs et du côté gauche.

Ce tremblement apporte une gêne considérable à tous les mouvements et empêche tout travail normal. Il s'atténue un peu pendant l'exécution des mouvements volontaires.

La face est rigide, figée, sans battement des paupières.

Pendant la marche, on note la perte complète des mouvements automatiques des membres supérieurs.

On constate aisément les phénomènes dits de retro-latero et autopulsion, le malade perdant son équilibre quand on

le pousse très légèrement en arrière, de côté ou en avant.

Les yeux présentent de la paralysie de la convergence et la parésie de l'accommodation.

Les troubles de la parole sont caractéristiques, palilalie avec tachyphémie paroxystique.

Tous ces troubles sont révélateurs d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

L'encéphalite aurait existé en 1917, c'est-à-dire pendant la grande épidémie de cette maladie.

Elle aurait été caractérisée par des accès de somnolence survenant n'importe où, au travail, dans le métro, dans les cabinets d'aisances. Il y aurait eu également du nystagmus et de la diplopie.

Néanmoins, malgré ces symptômes, le diagnostic d'encéphalite n'a pas été porté de suite et le malade lui-même invoque un coup qu'il aurait reçu sur la tempe et qui est certainement incapable à lui seul de produire un tel syndrome.

Ce n'est qu'ultérieurement que le diagnostic a été fait, semble-t-il. En tout cas les graves désordres neurologiques ne se sont installés que lentement, progressivement, de telle sorte que l'infirmité actuelle n'existe que depuis 1925. Entre 1918 et 1925, le malade a encore pu travailler, mais depuis 1925 tout travail est devenu impossible.

Il a été soigné deux mois à l'hôpital Boucicaut et il a reçu également des soins à la Salpêtrière et à l'asile Sainte-Anne où on lui aurait fait des injections intra-veineuses de salicylate de soude.

Ce syndrome parkinsonien post-encéphalitique s'accompagne habituellement de troubles psychiques importants, portant moins sur l'intelligence que sur le caractère, la moralité, la conduite, l'impulsivité.

Or, ce qui permet de distinguer les vols commis sous

l'influence de l'encéphalite des vols des pervers constitutionnels, c'est surtout la notion de contraste. Or, ici, elle est frappante. Avant 1925, c'est-à-dire avant l'état parkinsonien, aucune condamnation, existence en tous points normale. Mais depuis 1925, neuf condamnations.

Comme tous ces malades, il agit impulsivement, par brusques coups de tête, sans réfléchir aucunement aux conséquences de son acte. Son caractère est devenu irritable, impressionnable.

Bref, au point de vue physique comme au point de vue mental, F... est un grand malade dont l'état nécessite des soins urgents.

Discussion. — F... est atteint d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique constituant une très grave infirmité physique.

Cet état s'accompagne de troubles psychiques importants qui sont directement sous la dépendance de l'encéphalite et qui ont déterminé les vols dont il est inculpé.

Il doit donc être tenu pour *totalemt irresponsable*. Cet état nécessite un traitement particulier, qui, en l'absence d'établissements spéciaux pour ce genre de malades, ne peut être suivi que dans un asile d'aliénés.

Je signale, enfin, à toutes fins utiles, qu'il est vraisemblable (pour ne pas dire certain) que les neuf condamnations antérieures relèvent de la même cause pathologique qui aurait été certainement reconnue si l'inculpé avait déjà été soumis à des expertises mentales.

Cette observation est d'un intérêt indiscutable. On remarque, en effet, chez un sujet dont le passé avant sa maladie est absolument pur de toute condamnation, une succession de condamnations pour vol et même une menace de relégation. C'est toujours le même vol pathologique

avec les caractères bien déterminés que l'on retrouve dans les observations antérieures.

Après ces différentes observations sur le délit vol chez le bradyphrénique post-encéphalitique, nous allons envisager une autre réaction de ce malade : *la fugue*. Cette réaction est assez fréquente au cours de l'encéphalite épidémique. Nous n'étudierons que la fugue au cours de la période chronique de cette affection. Cette fugue peut se déclancher de deux façons différentes : elle peut d'abord résulter d'une impulsion à laquelle le malade ne peut résister, ou être la conséquence de l'état d'irritabilité spéciale du sujet qui, hors de lui, réagit par la fuite au cours d'une discussion.

L'observation suivante, que nous devons au docteur Ceillier, montre plusieurs de ces réactions chez un encéphalitique chronique.

Observation. — P... Maurice, âgé de 26 ans, comptable. — Le malade se présente correctement. Son attitude est soudée. Le masque est figé, le regard fixe. Clignements de paupières rares. Sourire spasmodique. Le malade est bien orienté, son attention est bonne. Il répond aux questions avec rapidité et précision. Sa mémoire est bonne.

A été interné, à la suite d'une expertise médico-légale. Il était en prévention pour abus de confiance. Il avait emporté de l'argent appartenant à son patron au cours d'une fugue dont le caractère pathologique détermine l'expert à conclure à la non-responsabilité et à la nécessité de l'internement.

Fugue du 3 janvier. — Le malade qui avait été contrarié et impatienté toute la journée (étant comptable depuis trois mois dans la maison, il avait recherché sans résultat dans les services une traite égarée) se sent brusquement en proie à un besoin irrésistible de partir, sans préparatif,

sans bagages, sans avertir sa famille, ni son patron, mais en emportant 15.000 francs confiés à lui pour un paiement. A quatre heures de l'après-midi il prend le train pour Versailles. Il y dîne d'un repas modeste malgré la grosse somme qu'il a sur lui. Le soir il prend le train pour le Mans. Il y couche, repart le lendemain matin pour Angers où il reste une journée. Puis il se rend à Tours, Lyon, Marseille où il couche, enfin Nice. Dans ces différentes villes il ne faisait absolument rien, ne visitant pas, enfermé dans sa chambre d'hôtel car, dit-il, il faisait froid. Il ne faisait qu'attendre, en somme, qu'une nouvelle impulsion le pousse vers une autre ville.

Il reste huit jours à Nice sans se cacher. Il donne son nom à l'hôtel, va voir des amis (il avait antérieurement habité cette ville plusieurs années). Il s'attend à être arrêté. Il est tout à fait conscient de ce qu'il a fait mais il n'a pu résister à l'impulsion de partir.

Quand on l'arrête il est content. Il en avait assez dit-il. On trouve sur lui la plus grande partie de l'argent. Il n'avait en effet dépensé que pour ses frais d'hôtel et de transport.

Antérieurement il avait accompli déjà une dizaine de fugues.

La première en novembre 1925,

Puis trois en 1926,

Puis trois en 1927,

Et aussi en 1928.

Toutes ces fugues revêtent le même caractère. Le malade, quand il n'est pas à l'hôpital, pense continuellement à partir. Puis un jour, brusquement, il suffit d'une occasion, d'une contrariété, et cela est irrésistible : il part. « Une demi-heure avant je ne sais pas que je vais partir, dit-il, et tout d'un coup, je pars. »

Parfois, il part avec de l'argent sur lui, d'autres fois sans argent. Et cela l'a fait condamner deux fois pour filouterie d'aliments.

Histoire du malade. — Né à terme. Le dernier de neuf enfants. Scarlatine. Abscès froid à six ans. Guérison à Berck. Service militaire dans artillerie lourde. Il se portait bien lorsque, en décembre 1922, il fait, à la voltige, une chute sur les talons. Quelques jours après il ressent des douleurs très vives dans la nuque et tout le côté gauche. Il est hospitalisé à l'infirmerie. On l'envoie en permission à Paris. Là, il se fait porter malade et entre à l'hôpital militaire de Clamart. A ce moment, apparition de myoclonies. A l'hôpital on ne lui fait aucun traitement. Peu à peu, les douleurs et la raideur s'atténuent, les myoclonies disparaissent. Le malade sort de l'hôpital en février, conservant une douleur au niveau de l'aîne. Il rejoint son corps et termine son service militaire.

Pendant cette période de deux mois il n'a pas présenté de fièvre, pas de troubles visuels, mais en plus des douleurs, de la contracture des membres, de la raideur de la nuque, de l'insomnie, de l'inappétence et un amaigrissement considérable.

Après sa libération, il travaille régulièrement jusqu'en novembre 1925. Pendant cette période, il se porte bien. En novembre 1925, de nouveau il est atteint de roideur de la nuque et du bras gauche. Il se fatigue vite. Il ne peut plus assurer son service. Il présente des myoclonies dans le bras. Il s'inquiète et commence à se sentir en proie à l'obsession de partir. (A cause de la gêne de son bras, dit-il). Sa première fugue date de 1925. En mai 1927 il va à la Pitié où l'on fait le diagnostic d'encéphalite épidémique. On lui fait un traitement au datura. Il sort du service un peu amélioré. Puis il se livre à une nouvelle fugue au cours

de laquelle il est hospitalisé à Avignon. Il est hospitalisé ensuite à Mâcon, puis à nouveau à la Pitié en mars 1928. En mai, découragé, il fait une tentative de suicide au datura qu'il avait pu accumuler. Il est transféré à l'hôpital Henri-Rousselle où il reste cinq mois, traité au salicylate intrarachidien.

Il en sort en septembre 1928, se sentant amélioré. Il travaille régulièrement comme comptable jusqu'au 3 janvier, date de la dernière fugue. Il est à noter qu'en mai 1928 il avait fait une autre tentative de suicide en se jetant dans le lac du Parc Montsouris.

Antécédents familiaux. — Père mort à 65 ans. Sa mère, âgée de 62 ans, serait une « nerveuse ». Elle aurait été soignée en 1902 par douches.

Sur ses huit frères et sœurs, deux sont morts en bas âge, un autre est mort à 11 ans de tuberculose. Cinq sont vivants et bien portants.

Cette observation montre bien les caractères de la fugue bradyphrénique post-encéphalitique. Dans ce cas particulier, le malade ne pouvait s'empêcher d'obéir à une impulsion qui, soudain devenait son maître. La déficience de sa volonté l'empêchait de lutter, et la conscience de son état le poussa même à deux reprises à des tentatives de suicide. Au cours de ces fugues, notamment au cours de la dernière qui, comme on le sait, fut compliquée d'un abus de confiance, il ne dépensait que ce qu'il lui fallait strictement pour sa nourriture et ses transports. Cela marque bien la stupidité du vol important qu'il avait commis et son caractère nettement pathologique.

Comme on a pu le voir dans cette observation, P... a fait deux tentatives de *suicide*. Le suicide est quelquefois une réaction médico-légale de l'encéphalitique chronique. On sait que les troubles mentaux observés à ce stade de

la maladie sont assez nombreux. La *dépression* dans laquelle se trouvent certains de ces sujets peut déjà être une cause de suicide. Comme leur intellect est conservé, ils se rendent souvent compte de leur état, et ne sentant pas d'amélioration tentent de mettre fin à leurs jours.

D'autres fois, le suicide résulte d'une *impulsion*. Ils ne peuvent résister à l'impulsion de se tuer, comme ils ne peuvent résister à celle de fuir. L'irritabilité toute spéciale de ces malades peut être aussi quelquefois la cause de cette réaction.

Dans tous les cas la *déficiencce de leur volonté* est l'un des facteurs les plus importants du suicide chez les bradyphréniques post-encéphalitiques. On peut remarquer aussi que chez le bradyphrénique la tentative de suicide revêt un caractère de stupidité à rapprocher peut-être du caractère de stupidité de certains de leurs délits. On a vu dans une observation antérieure que Lap... Berthe avait tenté de se noyer dans l'eau d'une fontaine de la prison Saint-Lazare. Comme l'eau était peu profonde, elle voulait se coucher dans la fontaine. Une autre fois, à l'Infirmerie Spéciale elle a tenté de s'étouffer en se cachant sous ses couvertures. De même P... dont on vient de relater l'histoire, s'est jeté dans le lac du Parc Montsouris pour mettre fin à ses jours. Il est évident qu'un individu normal utiliserait des moyens plus efficaces pour attenter à sa vie.

Nous arrivons maintenant aux réactions d'ordre sexuel chez le bradyphrénique post-encéphalitique. Comme dans les autres délits, c'est l'impulsion, la déficiencce de la volonté qui sont à la base même de cette réaction. Toutefois, il faut tenir compte qu'il existe souvent une excitation sexuelle chez de tels malades. On rencontrera, dans ce genre de délit la plupart des actes antisociaux sexuels, sans cependant arriver le plus souvent aux actes extrêmes comme

le viol : onanisme, exhibitionisme, actes homo-sexuels, petits attentats à la pudeur, sont le plus fréquemment rencontrés.

Observation (due à M. Truelle. Résumé du rapport d'expertise). — T..., 33 ans. — Inculpé d'outrage public à la pudeur. Arrêté sur la plainte de M^{me} D... qui déclare que, pendant plusieurs jours consécutifs, il s'était exhibé le soir, en se masturbant devant sa fillette, âgée de 14 ans. L'inculpé déclare qu'il n'a pu s'exhiber aux jours et heures indiqués par la plaignante, étant donné qu'il se trouvait chez lui. Il reconnaît s'être reboutonné le jour de son arrestation devant les fillettes qui l'accusaient, mais nie formellement s'être masturbé ; qu'au surplus il est malade, ayant eu une encéphalite léthargique.

Un certificat du docteur Sicard atteste, en effet, que T... a été atteint d'encéphalite épidémique en 1920, ayant abouti à un état parkinsonien, d'où une gêne et une lenteur des mouvements pouvant laisser supposer, quand il s'agit d'uriner ou de rétablir la braguette du pantalon, une intention immorale. M. Sicard ajoute que « T... suivait un traitement par injections sous-cutanées et c'est immédiatement après avoir reçu une de ces injections qu'il a été arrêté. La médication a pu également, en engourdissant pour un temps les facultés intellectuelles, avoir un certain retentissement sur la lenteur des mouvements du malade ». L'examen révèle, en effet, l'existence d'un syndrome parkinsonien typique très prononcé. Les mouvements sont malhabiles et lents ; on s'en assure en particulier en faisant déboutonner et reboutonner les bretelles du pantalon. Par ailleurs, le syndrome est trop complet pour être le produit d'une supercherie ou même d'une exagération quelconque.

Mais, en dehors d'une certaine bradypsychie, susceptible

de ralentir les manifestations de l'activité volontaire, le malade ne présente aucun trouble intellectuel. Avant son encéphalite, T... jouissait d'une bonne santé physique et morale, et en particulier, n'avait jamais présenté aucune anomalie dans ses tendances psycho-sexuelles (fait confirmé par son frère). Il explique que le soir de son arrestation, sortant du dispensaire où on venait de lui faire son injection de scopolamine, pris du besoin d'uriner, il s'était installé contre une palissade. Au moment où il se reboutonnait, il entendit crier : « C'est lui, c'est lui ! » ; il se retourna, le pantalon non encore fermé, et c'est ainsi qu'il fut arrêté. Il précise, qu'après chaque injection de scopolamine, il est comme ivre pendant quelques minutes et ne peut « diriger ses mouvements », mais ses idées ne sont nullement troublées et il conserve toute sa lucidité d'esprit ; « sa tête est libre ».

M. Truelle conclut : « T... est atteint d'une maladie nerveuse (encéphalite épidémique) qui ralentit et rend maladroits ses mouvements volontaires, *mais qui ne s'accompagne pas de troubles psychiques, de nature à affaiblir son intelligence, ni à diminuer sa lucidité d'esprit. Il n'est pas atteint d'aliénation mentale. Les faits qui lui sont reprochés* — et qu'il nie — *n'ont pas été accomplis en état de démence au sens du Code pénal.*

L'inculpé doit rendre compte des dits faits à la justice.

Nous arrivons maintenant à une autre réaction de l'encéphalitique chronique : *le meurtre*. Là encore, comme pour les autres réactions antisociales, on retrouve les mêmes éléments de genèse : impulsion, déficience de la volonté, irritabilité.

Observation (due à M. Roubinovitch. Résumé du rapport d'expertise). — D... Étienne, 27 ans. — Traduit en Cour

d'Assises pour meurtre. Veilleur de nuit au Jardin d'Acclimatation, il était chargé d'ouvrir et de refermer un portillon. Dans la nuit du 18 mai 1927, à deux heures et demie du matin, il fut éveillé en sursaut par un chien qui aboyait contre un groupe de gens qui, sortant d'un restaurant du jardin et trouvant la grille fermée, l'avaient secouée. Le gardien D..., saisissant brusquement son revolver, tira dans la direction du groupe de personnages et tua M^{me} L... qui venait de se marier le jour même. Arrêté et interrogé, il répondit qu'il avait tiré « sans réflexion aucune ».

Père éthylique chronique. Mère décédée à 46 ans, après dix ans d'hospitalisation pour « anémie cérébrale ». Bonne santé physique et morale jusqu'à 21 ans (1922). A cette époque, il fut atteint d'une affection étiquetée « angine ». Mais deux ans après, cette affection fut suivie d'un tremblement du côté gauche, avec parésie du membre inférieur de ce côté. En 1925, il fut obligé d'abandonner son métier de cultivateur, car il ne pouvait plus tenir les instruments aratoires. Des troubles oculaires apparurent : strabisme convulsif. Il présentait donc un syndrome parkinsonien post-encéphalitique bien caractérisé. Il obtint alors à Paris un poste provisoire de gardien de la paix qu'il ne put conserver que trois mois, car, en mai 1925, au stade de Gentilly, il tomba au cours d'un étourdissement. Il fut réformé en juillet 1925. De retour à la culture il ne put continuer, revint à Paris, fut traité un mois à l'hôpital Bichat, sans amélioration. En mai 1926, il fut enfin embauché comme gardien de nuit au Jardin d'Acclimatation. A l'examen (mai 1927) : Hémisindrome parkinsonien gauche très accusé avec hypertonie musculaire et tremblement exagéré par l'interrogatoire et l'émotion. Tachycardie à 123. Troubles vaso-moteurs.

Intelligence, lucidité d'esprit et jugement normaux. Mais hyper-émotivité extrême. Depuis l'apparition de son syn-

drome parkinsonien il est, dit-il, beaucoup trop impressionnable : « un mot suffit pour le blesser au cœur ». En mars 1927, traité de peau de v... par un autre gardien, il a failli tomber, pris d'un tremblement subit. Il est souvent triste, déprimé, mais surtout impulsif, irréfléchi, instantané, sans aucune préméditation et sans l'intervention d'aucune manifestation délirante ou anormale.

Conclusions. — D... Étienne est atteint d'un syndrome de paralysie agitante hémiplegique gauche. Syndrome encéphalitique par excellence. Si ce syndrome n'empêche pas D... de jouir de l'intégrité de ses facultés, il a sûrement déterminé chez lui une hyper-émotivité qui existait déjà au moment de l'acte commis sans réflexion. Responsabilité atténuée dans une très large mesure.

D... a été acquitté.

En résumé, ces nombreuses observations nous ont montré que, qu'il s'agisse de vol, fugue, suicide, attentats aux mœurs, meurtre, le bradyphrénique post-encéphalitique agit suivant les mêmes lois.

Il s'agit dans tous les cas de sujets présentant une intégrité à peu près complète de l'intelligence, capables d'apprécier la valeur morale de leurs actes. Conscients, ils sont également moraux et regrettent leurs méfaits.

Ce qui frappe dans tous les cas, c'est l'exécution automatique qui est toujours à la base de leurs délits qui présentent toujours des caractères constants et communs :

1° Fond mental et conscience morale conservés au moins au début, regret sincère ;

2° Minimum de préméditation et d'habileté dans l'exécution ;

3° Récidive certaine dans des conditions généralement identiques.

PATHOGÉNIE DES RÉACTIONS MÉDICO-LÉGALES CHEZ LE BRADYPHRÉNIQUE POST-ENCÉPHALITIQUE

On a longtemps discuté sur la similitude possible des réactions antisociales chez le pervers et le bradyphrénique.

Il nous paraît que la genèse dans les deux cas n'est pas du tout la même. En premier lieu, en effet, le pervers instinctif est un fou moral. Il jouit du mal qu'il a fait. Toutes ses tendances sont libérées par le manque de représentations morales. Aussi, dans ses délits, fera-t-il preuve de préméditation et, pris sur le fait, sera-t-il cynique et jamais repentant.

Le bradyphrénique post-encéphalitique, le plus souvent, agit sans préméditation. Z..., dont on a vu l'observation, volait sans se cacher, publiquement. Et ce n'était pas par altération de son sens moral, mais plutôt par manque d'action de la volonté frénatrice des mauvais instincts. Et le regret venait souvent après l'acte, regret le poussant même à la restitution de l'objet dérobé.

Et, élément séparant nettement les deux cas envisagés, l'affectivité qui est presque nulle chez le pervers est, au contraire, plutôt exagérée chez l'encéphalitique chronique. En effet, ce dernier, qui se rend bien compte de son état,

s'attache à son médecin, écoute bien ses remontrances, se repent de ses délits, promet sincèrement de ne pas recommencer. Nous sommes là loin du cynisme du pervers.

On a dit aussi que les réactions médico-légales chez l'encéphalitique chronique étaient fonction de leur humeur et de leurs sens moraux primitifs. Autrement dit, que l'hérédité jouerait un rôle prépondérant dans les modifications dues à la maladie. Nombre d'auteurs ont au contraire montré que le terrain n'était pas indispensable dans ces troubles du sens moral. D'ailleurs, dans les observations que l'on a pu lire dans cet exposé nous rencontrons plusieurs exemples illustrant cette dernière théorie.

Nous allons maintenant envisager le mécanisme des réactions médico-légales chez l'encéphalitique chronique. On peut d'abord se demander s'il n'existe pas une analogie au point de vue psycho-pathologique entre certaines nuances du comportement des encéphalitiques et leurs actes médico-légaux.

En effet, ils présentent souvent des préoccupations hypocondriaques grossièrement absurdes, des craintes de maladie presque obsédantes, en tout cas persistantes, tenaces, ne cédant peu ou pas, comme cèdent momentanément celles des hypocondriaques vrais, aux explications rassurantes.

Ces craintes comme leurs plaintes, leurs griefs, leurs récriminations innombrables ou leurs mensonges et leurs vantardises sont stéréotypées, présentées d'une manière insistante, monotone, avec une persévérance anormale. Qu'on les rejette ou qu'on leur donne satisfaction ou créance ils n'en reprennent pas moins — le but atteint ou au contraire inaccessible — leur inutile exposé.

Cette persistance invincible, cette impossibilité d'écarter une préoccupation, une crainte ou un désir, une fois qu'ils ont envahi le champ de la conscience, paraissent dus à la

même inhibition, à la même difficulté à mettre en jeu — pour penser, parler, ou agir — la volonté consciente. Cela est un trait caractéristique de l'état mental des encéphalopathiques chroniques.

Ils sont incapables, comprenant les arguments ou les faits qui leur sont opposés, de faire l'effort nécessaire pour corriger et éliminer une représentation forte, née de leur état dépressif, de leurs sensations cénesthésiques pénibles, comme de leurs réels besoins matériels et de leurs instincts égoïstes.

A plus forte raison dans le domaine des sentiments moraux, plus complexes et plus fragiles, seront-ils tout à fait impuissants à critiquer et rejeter une tentation ou la suggestion d'une occasion.

Surtout si, comme il apparaît assez souvent, ils sont jeunes, constitutionnellement débiles et d'une moralité incertaine.

En ceci, ils s'opposeraient aux pervers amoraux qui sont incapables de vraiment ressentir le caractère immoral de leurs actes, et aux obsédés chez qui existent des représentations d'une intensité toute particulière, profondément chargées affectivement.

Étudions maintenant le mécanisme proprement dit de leurs réactions médico-légales. Nous pouvons considérer que chez l'homme normal, à la base de toute action, il y a trois éléments :

A. — L'état mental du sujet, c'est-à-dire son intelligence, sa valeur morale ;

B. — Les circonstances occasionnelles ;

C. — La possibilité du passage à l'acte.

Chacun de ces éléments ayant son importance propre.

A. — Dans la majeure partie des délits et crimes patholo-

giques, c'est le premier élément qui est atteint. Par exemple dans les états démentiels, confusionnels.

B. — Si nous envisageons maintenant le deuxième facteur, on verra qu'il joue aussi un rôle dans la genèse de l'action médico-légale. On sait, en effet, que certains hypomoraux, plus ou moins intimidables, n'agissent pas, soit qu'ils ne se trouvent pas dans les conditions de facilité d'exécution, soit que la sollicitation au mal n'ait pas une intensité suffisante.

C. — Mais alors peut surgir un facteur kinétique favorisant qui, généralement momentané, augmente sérieusement les possibilités d'action. Le caractère épileptique, l'alcool, la fatigue, la colère, l'hyper-émotivité, peuvent être de sérieux adjuvants. Et si nous revenons à la bradyphrénie post-encéphalitique nous verrons qu'une réaction médico-légale peut être ainsi déclanchée. Prenons, par exemple, le cas de P... Nous avons pu voir que sa dernière fugue avait été précédée d'un état d'énervement dû à la recherche d'une traite qui lui avait été confiée et qu'il avait égarée.

Si maintenant nous étudions la possibilité du passage à l'acte, on est frappé des *perturbations isolées* dans ce domaine chez les encéphalitiques chroniques. Il semble, en effet que, chez eux, il y ait une véritable déficience de la volonté, une impossibilité à mettre en jeu des processus intellectuels complexes, ce qui entraîne sans délai le passage de l'idée à l'action.

Ainsi il y aurait un véritable *passage court-circuit* de l'idée (de la tendance, affective, instinctive, envie d'un objet, besoin d'argent, désir sexuel, ressentiment, tendance au suicide) à l'acte ou, tout au moins, un *isolement* du système élémentaire formé par cette tendance et les

moyens les plus immédiats de la satisfaire. Cet isolement entraîne d'une part : l'impossibilité du contrôle au point de vue moral, l'impossibilité de retarder ou d'empêcher le passage à l'acte et enfin provoque une exécution malhabile avec le minimum de précautions et de succès.

Ainsi les encéphalitiques chroniques, doués de sentiments éthiques normaux, capables de comprendre le caractère répréhensible de leurs actes et d'en avoir du regret, sont impuissants à mettre en jeu les représentations multiples qui permettent à l'individu normal de rejeter une sollicitation contraire à la morale. Ils ne sont donc pas atteints de perversions acquises mais d'une inhibition de leur censure morale, modalité particulière de leur asthénie psychique, de leur « bradyphrénie ».

Cette conscience inefficace de leurs actes se retrouve dans de nombreux phénomènes psycho-pathologiques des encéphalitiques : au cours de l'interrogatoire, une encéphalitique chronique se laissait tomber brutalement et dramatiquement à terre, puis se relevait presque immédiatement en disant : « Je joue la comédie. »

En résumé, il semble que ce soit l'impossibilité du contrôle volontaire qui domine la genèse des actes antisociaux des encéphalitiques chroniques. Le psychisme visqueux ne se mettant pas en branle provoque un passage immédiat de l'idée à l'acte.

D'autre part, on peut aussi remarquer que certaines représentations ont chez eux un caractère obsédant. Il y a un véritable isolement de certains systèmes idéo-affectifs comme le vol, le suicide, l'hypocondrie, etc.

D. — Enfin, ne peut-on pas imaginer qu'il y ait seulement chez eux une atteinte exclusive des fonctions morales supérieures ? Surtout chez les enfants où elles sont d'autant plus

vulnérables qu'elles ne sont pas encore fixées. Ainsi on pourrait penser à une analogie avec le dément sénile où l'on remarque parfois une décapitation des fonctions psychiques, l'affaiblissement s'exprimant au début par un fléchissement moral alors que les facultés intellectuelles proprement dites, qui, plus tard, seront touchées, sont encore conservées.

CONSIDÉRATIONS SUR LES ATTITUDES DES EXPERTS AU COURS DES RÉACTIONS ANTISOCIALES DES BRADYPHRÉ- NIQUES POST-ENCÉPHALITIQUES

Si maintenant nous revenons à la série d'observations que l'on trouve au milieu de cet exposé, on est frappé des attitudes différentes des experts vis-à-vis des réactions antisociales des bradyphréniques post-encéphalitiques. En effet nous remarquons :

Pour Z... Albert.

Le docteur Truelle, dans son expertise du 5 décembre 1926, conclut à l'irresponsabilité et à la nécessité d'internement.

Le malade est interné.

Puis il est mis en liberté sous promesse de surveillance familiale.

Nouveaux vols. Nouvelles condamnations. Nouvel internement.

Lap... Berthe.

En février 1924. Condamnation à 20 jours de prison après expertise reconnaissant l'existence de l'encéphalite et concluant à une responsabilité atténuée.

En 1927. Condamnation à un mois de prison après une nouvelle expertise médico-légale.

R... Léon.

L'expertise conclut à l'irresponsabilité.

F... Georgette.

Conclusion d'irresponsabilité, de non internement, mais de surveillance familiale.

M... Roger.

Mêmes conclusions d'expertise.

T... François.

Donne lieu à deux expertises, toujours pour le même délit.

1° Expertise : M. Truelle conclut à l'irresponsabilité mais à la surveillance familiale ;

2° Expertise : Conclusion d'irresponsabilité et d'internement.

R...

La première expertise a lieu en 1923, à la suite d'outrages publics à la pudeur.

Elle conclut à une responsabilité atténuée.

La deuxième expertise, faite après vol, par M. Rogues de Fursac, conclut à la responsabilité du délinquant, mais sollicite toutefois l'indulgence dans une large mesure.

N... Charles.

M. Truelle conclut à une responsabilité atténuée.

T... Charles.

Expertisé à la suite d'outrages publics à la pudeur. M. Truelle conclut à la responsabilité.

D... Étienne.

Coupable de meurtre, est acquitté à la suite d'une expertise concluant à son irresponsabilité.

Il résulte de tout cela que les attitudes prises par les experts sont très différentes. Tantôt l'on trouve des conclusions d'irresponsabilité, tantôt de responsabilité. D'autres fois, il y a incertitude : dans un cas on note deux attitudes différentes de l'expert.

Ce qui paraît avoir provoqué ces divergences, c'est la conservation fréquente de l'intelligence et du sens moral chez de tels malades.

Mais nous avons vu que le caractère particulier des troubles dans la bradyphrénie post-encéphalitique, réside dans l'impossibilité de l'*application* des facultés intellectuelles à un acte.

C'est ce manque de réflexion, de censure, de contrôle, cette non-intervention du pouvoir freinateur normal sur nos tendances élémentaires instinctives, cette libération des automatismes par opposition à l'inhibition et peut-être à la déchéance légère des représentations intellectuelles et morales supérieurement hiérarchisées, compliquées et fragiles, qui est le trouble psychopathique essentiel, isolé par Naville et ici en cause.

CONCLUSIONS

De l'étude modeste et succincte que nous venons de faire, des observations des malades, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Ces malades ont une conservation à peu près complète de l'intelligence et du sens moral ;

2° Ce ne sont pas des pervers vrais ;

3° Les réactions antisociales de ces malades sont dues à un trouble psycho-pathologique particulier de la bradyphrénie post-encéphalitique : la conservation de la qualité et de la rapidité normales des actes psycho-moteurs simples et automatiques avec atteinte élective ou inhibition des opérations intellectuelles complexes nécessitant un effort de réflexion, de concentration ou de critique. Il s'ensuit la formations de courts-circuits idéo-moteurs isolés avec impossibilité du contrôle volontaire intellectuel et éthique.

4° Ces réactions antisociales présentent toutes les mêmes caractères :

a) Fond mental et conscience morale conservée au moins au début, regrets sincères ;

b) Minimum de préméditation et d'habileté dans l'exécution ;

c) Récidive certaine dans des conditions généralement identiques.

5° Les attitudes des experts sont diverses car ils envisagent la conservation intellectuelle et morale et négligent le trouble fondamental ;

6° Une seule attitude nous paraît devoir être adoptée dans tous les cas où :

a) Il existe une bradyphrénie post-encéphalitique nette, même avec conservation intégrale de l'intelligence ;

b) Le délit présente les caractères du délit bradyphrénique post-encéphalitique,

celle qui consiste à considérer que le trouble psychopathique en cause, place le malade dans les conditions du Code : qu'il était soumis à une force à laquelle il ne pouvait résister ;

7° En conséquence, nous concluons

A l'irresponsabilité,

A l'internement de ces malades,

ce qui évite les récidives fatales et permet d'instituer un traitement qu'ils ne suivent jamais régulièrement en liberté.

Vu : le Président de la thèse,

HENRI CLAUDE

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Besson* : Les manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique (1923).
- Branche* : Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique (1922).
- Briand* : Troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 22 novembre 1921).
- Carrette* : Deux nouveaux cas d'encéphalite épidémique avec perversions instinctives (Société médico-psychologique, mai 1924).
- Cénac* : Perversions sexuelles et encéphalite épidémique (*Annales médico-psychologiques*, avril 1924).
- P. Chavigny et G. Gelma* : Prodromes psycho-pathiques de l'encéphalite épidémique dans leur rapport avec l'expertise médico-légale (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 28 août 1921).
- H. Claude* : Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique.
- H. Claude et G. Robin* : Le syndrome mental post-encéphalitique de l'enfant et la notion de dégénérescence mentale (*Annales médico-psychologiques*, mai 1924).
- MM. Euzière, Blouquier de Claret et Pagès* : De la tendance au suicide chez les parkinsoniens post-encéphalitiques (Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc, mars 1923).
- Fribourg-Blanc* : Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique.
- Heuyer et Le Guillant* : Troubles de la conduite et perversions post-encéphalitiques. Considérations médico-légales (*Encéphale*, 1928).
- Heuyer et Le Guillant* : Psychose encéphalitique. Réactions médico-légales (*Encéphale*, 1928).

- Kostitch* : L'invalidité morale acquise post-névritique (Montpellier, mai 1923).
- Naville* : Étude sur les complications et les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique (Encéphale, juin-juillet 1922).
- Stéphane K. Pienkowski* : Troubles psychiques de l'encéphalite épidémique (*Revue neurologique*, 1923).
- Maria Rossi* : Les réactions médico-légales chez les encéphalitiques (Encéphale, mai-juin 1926).
- Reboul-Lachaux et M^{lle} Serin* : Encéphalite épidémique et perversions sexuelles (Société médico-psychologique, mars 1924).
- Robin* : Troubles mentaux liés à l'encéphalite léthargique chez les enfants (Société chimique de médecine mentale, 20 novembre 1922).
- V. Truelle et G. Petit* : Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (Congrès de Quimper, août 1922).
- Wimmer* : Contribution à la médecine légale de l'encéphalite épidémique chronique (*Annales médico-psychologiques*, avril 1925).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
La Bradyphrénie de Naville	15
Les réactions médico-légales en général chez les Bradyphréniques post-encéphalitiques	21
Pathogénie des réactions médico-légales chez les Bradyphréniques post-encéphalitiques	50
Considérations sur les attitudes des experts au cours des réactions anti-sociales des Bradyphréniques post-encéphalitiques.	56
Conclusions	59
BIBLIOGRAPHIE	61

